

Ankomstdatum	Dnr
--------------	-----

Fyll i med maskin eller texta tydligt.

Obligatoriska uppgifter är markerade med asterisk (*).

1 ÄGARENS KONTAKTUPPGIFTER

Namn		Telefon
Postadress		
Lägenhetsnummer (9 siffror)*	Djurhållningsplatsnummer (12 siffror)*	FO-nummer
Sänd analyscertifikat till denna e-postadress. I annat fall sänds det per post. E-postadress:		

2 FÖR KÄNNEDOM

Behandlande veterinär		Telefon
Postadress		
Sänd analyscertifikat till denna e-postadress. I annat fall sänds det per post. E-postadress:		
Annan mottagare av analyscertifikat		Telefon
Postadress		
Sänd analyscertifikat till denna e-postadress. I annat fall sänds det per post. E-postadress:		
Analyscertifikat sänds även för kännedom till <input type="checkbox"/> ETT rf / Naseva, PB 221, 60101 Seinäjoki		

3 UNDERSÖKNINGEN BETALAS AV

<input type="checkbox"/> Ägaren	<input type="checkbox"/> Veterinär
<input type="checkbox"/> Annan:	

4 UPPGIFTER OM PROVERNA

Antal prover, st:	Tagna:	Sända:
-------------------	--------	--------

Prov nr	Djurets EU-signum*	Djurets ålder	Symptom, medicinering
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			

5 INFORMATION OM GÅRDEN

Om flera, kryssa alla och ringa in dom, varifrån proven tagit.			
<input type="checkbox"/> Mjölkboskap	<input type="checkbox"/> Kalvuppfödning	<input type="checkbox"/> Kombinationsboskap, hurdan:	
<input type="checkbox"/> Dikobesättning	<input type="checkbox"/> Mellanuppfödning		
<input type="checkbox"/> Kvighotell	<input type="checkbox"/> Slutuppfödning		
Köpta kalvar:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	
Antal djur:	över 2 år, st:	6 mån-2 år, st:	under 6 mån, st:

Uppfödningmetod:	<input type="checkbox"/> Ekologisk	<input type="checkbox"/> Ej ekologisk
------------------	------------------------------------	---------------------------------------

6 BAKGRUNDSINFORMATION

Djurens symptom			
Symptomens varaktighet:	I vilken ålder har diarrén börjat?		
Blodig diarré:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		
Avväjts från flytande foder:	veckors ålder <input type="checkbox"/> Har inte avväjts		
Vården av diarrén och använda läkemedel			
Antal sjuka kalvar för tillfället:	st.	Antal kalvar som dött under det senaste året:	st.

Datum	Underskrift och namnförtydligande
-------	-----------------------------------

Gatuadress (Postens Till dörren -paket och expressbrev)Evira, Kuopio
Neulaniementie 4, 70210 KuopioFörfrågninag/anmälningar om provförsändelser
Kuopio kansli klo 8.00–16.15, tel. 029 530 4952

LAB 1043/5 sv (134437)

Adress för bussförsändelserEvira, Kuopio
Matkahuolto KuopioFörfrågningar om undersökningar
Tel. 029 530 4959